

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN POR DISCIPLINAS EN CONTABILIDAD

(Llenar a máquina o con letra de molde)

LUGAR Y FECHA _____

COLEGIO _____

Nº DE CERTIFICADO _____	FECHA DE VENCIMIENTO _____ / _____ / _____
* Para uso y llenado exclusivo del IMCP	
	año mes día

En cumplimiento con lo estipulado en el artículo 1° Transitorio del Reglamento del Proceso de Certificación por Disciplinas en Contabilidad, entrego la siguiente documentación:

- Solicitud de Certificación por Disciplinas en Contabilidad**, debidamente requisitada y firmada
- Formato de Datos Básicos**, debidamente requisitado
- Constancia de Cumplimiento de la Norma de Educación Profesional Continua para Constancias de Educación Profesional Continua de los últimos 4 años (fotocopias)**, expedidas por el Instituto Mexicano de Contadores Públicos, o documentos equivalentes a 260 horas de Educación Profesional Continua
- Cédula Profesional**, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública
- Comprobante(s) de estudio(s) de Postgrado**, en su caso
- Constancia de práctica profesional (original) de, por lo menos, siete años (cartas de antigüedad laboral)**
- Currículum vitae actualizado**, indicando los periodos de los cargos ocupados.
- Dos fotografías de estudio fotográfico, a color, tamaño diploma** (hombres: con saco y corbata)
- Ficha de depósito (original), debidamente sellada por el banco, a la cuenta 0444104714**, o transferencia bancaria a la cuenta **012180004441047141** de **BBVA BANCOMER**, plaza 1, a nombre del **Instituto Mexicano de Contadores Públicos, A. C., SOCIO \$ 3,000.00** (tres mil pesos 00/100 M. N.) **NO SOCIO \$ 3,480.00** (tres mil cuatrocientos ochenta pesos 00/100 M. N.) IVA incluido

Atentamente,

Vo.Bo.

Nombre y firma

Firma y sello

Llenar esta solicitud en 3 tantos a máquina o con letra de molde: Original y copia para el IMCP, y 3ª copia para el aspirante.

FORMATO DE DATOS BÁSICOS**DATOS PERSONALES**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil	Lugar de Nacimiento	R.F.C.	Registro ante la AGAFF	

DOMICILIO

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO EN QUE LABORA

Sector Laboral <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Nombre de la Empresa, Institución o Despacho	Antigüedad Años Meses
Docencia <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	Puesto	
Empresa <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		

DOMICILIO DE LA EMPRESA, INSTITUCIÓN O DESPACHO

Calle y Número	Colonia	Código Postal
Delegación	Ciudad	Estado
Teléfono	Fax	Correo Electrónico

ORGANISMOS PROFESIONALES A LOS QUE PERTENECE

Colegio Profesional Afiliado al IMCP
Otros Organismos Profesionales

GRADOS ACADÉMICOS

Grado Académico	Institución	Año de Obtención de título
Licenciatura		
Posgrado		

DATOS PARA LA FACTURACIÓN

A nombre de:	R.F.C.	
Calle y número	Colonia	Código postal
Delegación	Ciudad	Estado

OBSERVACIONES

--